

	SZÜLŐ/GONDVISELŐI NYILATKOZAT DIÉTÁS SZOLGÁLTATÁSRÓL ÉS A SZOLGÁLTATÁS- HOZ SZÜKSÉGES ADATKEZELÉSRŐL		
	Kiadás dátuma: 2022.05.23.	Verziószám: 6.	Azonosító: MU-8.5-2-1M

Alulírott

Szülő/gondviselő neve:	
Értesítési cím:	
Értesítési telefonszám:	

felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy gyermekem

Név:	
Születési hely és idő:	
Lakcím:	
Látogatott intézmény neve:	
Látogatott intézmény címe:	

az alábbi speciális táplálkozási igénnyel rendelkezik, melynek alátámasztására jelen nyilatkozatomhoz mellékelem a szakorvosi igazolást:

Diéta megnevezése a szakorvosi igazolásnak megfelelően:	
VAGY	
Vallási okokra való hivatkozással (pl.: sertéshús mentes, ovo-lacto vegetáriánus étrend esetén):	

Tudomásom van róla, hogy gyermekem szakorvosi igazolásán meghatározott ételallergiája akár súlyos, anafilaxiás reakciót is kiválthat:	☐ igen / ☐ nem
Ha igen a válasz, kérjük adja meg az anafilaxiás reakciót kiváltó allergént, allergéneket:	

Adatkezelési nyilatkozat: Jelen Szülő/gondviselői nyilatkozat aláírásával kifejezetten és a megfelelő tájékoztatás birtokában, önként hozzájárulok ahhoz, hogy saját és gyermekem/gondozottam fent megadott személyes adatait a Hungast csoporthoz tartozó alább megjelölt gazdasági társaság diétás közétkeztetési szolgáltatás nyújtása céljából kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben jelen hozzájáruló nyilatkozatban nem járlok hozzá gyermekem/gondozottam egészségügyi, illetve vallási, lelkiismereti hovatartozására vonatkozó személyes adatainak kezeléséhez, úgy a Hungast csoporthoz tartozó alább megjelölt gazdasági társaság fenntartja a jogot, hogy a diétás közétkeztetési szolgáltatás nyújtására vonatkozó ellátást megtagadja.

Szülő / gondviselő tölti ki!	Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és a diétás közétkeztetési szolgáltatás nyújtása céljából történő adatkezeléshez a hozzájárulásomat megadom!			☐ igen / ☐ nem
	Hely:	Dátum:	Szülő/gondviselő aláírása:	

A fent megjelölt diétás igény teljesítését a Hungast csoport az alábbiak szerint vállalja:

A dietetikus által vállalt diéta típus. Dietetikus tölti ki!	Vállalt diéta típus:	
	Nem vállalt diéta típus:	

A diétás igény elbírálásban a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV.30.) EMMI rendelet előírásait tekintjük irányadónak. A Hungast csoport közétkeztetési tevékenységet végző gazdasági társasága és az általa foglalkoztatott dietetikus vállalja, hogy a 1169/2011/EU rendelet II. mellékletében felsorolt allergénekre vonatkozó eliminációs kötelezettség esetén a vállalt diéta típusnál az eliminálandó összetevő sem szándék szerint, sem keresztszenyeződés által nem lehet jelen a szolgáltatott, speciális táplálkozási igényeket kielégítő ételmiszerben.

Dietetikus tölti ki!	Gazdasági társaság neve:		Gazdasági társaság levelezési címe:	
	Dietetikus neve:		Dietetikus e-mail címe:	
	Hely:		Dátum:	
	Diétás szolgáltatás kezdeti időpontja:		Dietetikus aláírása:	

A fentiek értelmében, mint a diétás szolgáltatásban részesülő ellátott szülő/gondviselője elfogadom, hogy a Hungast csoporthoz tartozó fent megjelölt gazdasági társaság kizárólag a fentiek szerint vállalt diéta típust tudja biztosítani.

Szülő / gondviselő tölti ki!	Kijelentem, hogy a gazdasági társaság dietetikusa által vállalt diéta típust elfogadom:			☐ igen / ☐ nem
	Hely:	Dátum:	Szülő/gondviselő aláírása:	

Melléklet: szakorvosi igazolás